

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 2

ÉTIOLOGIE
DU
MAL PERFORANT BUCCAL

THESE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 8 Août 1919
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston GARDES

Né le 30 août 1899, à Paris (Seine).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Août 1919

ÉTIOLOGIE
DU
MAL PERFORANT BUCCAL

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LEPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LEPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE. MORAT

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	{	BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants	{	ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	{	LÉPINE (J.)
Chimie biologique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie	{	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	{	HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie	{	MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne.	{	TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		X...
Anatomie pathologique	{	DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée	{	X...
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène	{	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		X...
Pharmacologie	{	ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
	{	PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	ARLOING (F.)	THÉVENOT (Lucien)
COMMANDEUR	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
NEVEU-LEMAIRE	THÉVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
LAROYENNE	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
VORON	CADE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
NOGIER	MOURIQUAND	FROMENT	des fonctions.
LATARJET			SARVONAT id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COLLET, Président; NICOLAS, Assesseur;
MM. THÉVENOT Léon, et SAVY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 2

ÉTIOLOGIE
DU
MAL PERFORANT BUCCAL

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Août 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston GARDES

Né le 30 août 1889, à Paris (Seine).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Août 1919



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mes Maîtres de la Faculté de Lyon

A mes Maîtres de la Faculté de Paris

ÉTIOLOGIE

DU

MAL PERFORANT BUCCAL

INTRODUCTION

Au mois de mars entrant dans le Service d'oto-rhino-laryngologie de M. le professeur Collet un malade présentant une affection assez rare : un mal perforant buccal. Ce malade ne se plaignait d'aucune affection antérieure, il ne présentait aucun signe de tabes. A quelle affection devait-on rattacher son mal buccal? Telle a été l'origine de ce travail.

Après un historique du sujet et la description du mal perforant buccal, nous analysons les symptômes pathologiques qui l'accompagnent habituellement; des tableaux synoptiques des cas déjà publiés où nous avons résumé ces symptômes nous permettront cette étude et nous conduiront à la classification étiologique du mal perforant buccal.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur

Collet qui a guidé nos recherches et nous a aidé de ses conseils. Nous n'oublierons pas non plus au début de ce modeste travail de rendre un témoignage de gratitude à tous nos maîtres de la Faculté de Lyon, ainsi qu'à nos maîtres de la Faculté de Paris.

HISTORIQUE

On donne le nom de mal perforant buccal (Fournier, 1893-1894) à des lésions des maxillaires débutant par la chute spontanée des dents, suivie d'une résorption du rebord alvéolaire et d'ulcérations qui aboutissent souvent à des perforations. La bouche communique alors avec la cavité nasale par l'intermédiaire du sinus maxillaire.

Ces lésions qui se voient surtout dans la période préataxique du tabes, ainsi que l'a établi Fournier, ont été longtemps méconnues ou confondues avec des accidents propres à la syphilis; ils ont été décrits sous les noms divers de :

Affection singulière des arcades alvéolaires ;

Résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine ;

Atrophie des maxillaires supérieurs ;

Enfin de mal perforant buccal.

Cette dernière désignation est restée, elle montre bien la nature dystrophique de la lésion et son processus ulcératif en tout comparable au mal perforant plantaire.

Le premier cas de mal perforant buccal fut présenté par Labbé en 1868 à la Société de Chirurgie, sous le titre d'affection singulière des arcades alvéolaires, puis des observations sont publiées par Dolbeau en 1869, Duplay en 1870, Dubreuil en 1871.

En 1882, Galippe observe un nouveau cas de perforation palatine, mais ce spécialiste éminent fut plus frappé par les lésions dentaires que par les lésions du système nerveux; il compara ces lésions à celles que l'on trouve dans la pyorrhée alvéolaire et rattacha leurs causes à l'infection.

En 1885, Manoha, le premier, émet l'hypothèse de l'origine tabétique de l'affection, basée sur une autopsie.

Puis de nouveaux cas sont publiés par Hudelo en 1893, par Wickham en 1894; en 1894, M. Letulle présente un malade à la Société médicale des Hôpitaux.

Luys avait observé que chez les tabétiques arrivés à une certaine période on voyait la lèvre inférieure se placer au-devant de la lèvre supérieure par suite de la chute des dents et de la résorption alvéolaire progressive du maxillaire supérieur.

En 1890, l'origine tabétique de la chute spontanée des dents est nettement établie par Baudet qui retrouve sur ses malades les principaux signes du tabes; Pitres, Lannelongue (de Bordeaux) contribuent à ses recherches.

Carrière, dans sa thèse en 1892, discute l'observation de Manoha au point de vue de l'origine tabétique des lésions et entre autre de la part qui prendrait le triju-

meau ; Baudet, en 1894, affirme l'origine tabétique du mal perforant buccal qui frappe les centres bulbo-protubérentiels du trijumeau, ses racines, le nerf lui-même.

Enfin signalons la thèse de Lafontaine (Bordeaux, 1894-1895), puis plus récemment les thèses de Henry 1905 et Béal 1912 (Paris).

En 1903, Rodier et Capdepont publient deux observations de mal perforant buccal et pour la première fois ils constatent cette lésion chez une femme.

En 1905, un aliéniste, Marandon de Montyel, dans un article paru dans la *Revue de médecine*, signale un cas de mal perforant buccal chez un paralytique général, d'autres cas sont publiés par Auguste Marie en 1908-1909. On trouvera d'ailleurs la plupart des cas publiés dans nos tableaux synoptiques, et classés par dates.

SYMPTOMATOLOGIE

Chute des dents.

Le premier symptôme bien net de cette affection, c'est l'ébranlement des dents, c'est leur chute. Cette chute se produit le plus souvent sans être accompagnée d'aucun signe subjectif : tantôt le malade sent ses dents se détacher en mangeant, ou bien il les arrache lui-même, plutôt il les cueille, les dents se détachant facilement sans douleur et sans hémorragies.

Quelquefois cependant on note quelques prodromes variables : sensation d'agacement, d'écartement des dents, de battements dans la gencive..., ou quelques phénomènes de névralgie faciale.

Cette chute commence toujours par le maxillaire supérieur et les lésions y sont toujours plus avancées ; les molaires tombent le plus souvent les premières, plus rarement le début a lieu par les incisives, cette chute commençant indifféremment à droite ou à gauche. Dans la moitié des cas, toutes les dents du maxillaire supérieur tombent ; dans quelques cas un seul côté du maxillaire en est privé, ou bien elles tombent en nombre

variable et il en reste quelques-unes soit d'un côté, soit disséminées des deux côtés. La chute des dents est rarement complète au maxillaire inférieur.

Dans la grande majorité des cas, les dents qui tombent sont remarquablement saines et exemptes de carie, ainsi que le prouve d'ailleurs, dans beaucoup de cas, l'intégrité du système dentaire au maxillaire inférieur.

La durée de la chute des dents est assez variable : un tabétique mit seize ans à perdre les dents de son maxillaire supérieur, un malade de Rodier et Capdepont mit quinze jours pour perdre quatorze dents.

Résorption alvéolaire.

Après la chute des dents, les procès alvéolaires se résorbent, mais cette résorption, au lieu de cesser de progresser comme chez les sujets sains, continue ici son œuvre. De plus, chez les tabétiques, cette résorption semble être contemporaine de la chute des dents, elle en favorise le mécanisme par : 1° l'atrophie de l'anneau gingival qui déchausse la dent ; 2° la destruction progressive du tissu osseux, déterminant l'ébranlement de la dent qui n'est plus maintenue dans une gaine osseuse suffisante ; 3° enfin, le ligament dentaire lui-même s'atrophie avec les éléments vasculaires et nerveux, ce qui explique la chute sans hémorragie et sans douleur.

Cette résorption présente un aspect différent au maxillaire supérieur et au maxillaire inférieur.

Résorption du maxillaire supérieur. Le rebord alvéolaire disparaît, il n'existe plus que sa portion horizontale réduite à une lame triangulaire à sommet antérieur ; la voûte palatine s'atténue graduellement, finalement elle n'est plus représentée que par une surface plane.

Le squelette de la mâchoire est atteint aussi d'atrophie, il se trouve réduit dans le sens antéro-postérieur et aussi dans le sens transversal ; la voûte palatine se trouve alors très réduite.

Cette résorption modifie profondément le facies du malade : les plis naso-géniens sont extrêmement prononcés ; la lèvre supérieure, suivant le rebord alvéolaire, se trouve en retrait sur le massif facial.

Dans l'occlusion des mâchoires, la lèvre inférieure vient recouvrir la lèvre supérieure, donnant au malade le facies de polichinelle, de vieille sorcière.

Résorption du maxillaire inférieur.

Tandis que le maxillaire supérieur est diminué dans le sens antéro-postérieur et transversal, pour le maxillaire inférieur la diminution se fait uniquement dans le sens de la hauteur ; les alvéoles ont complètement disparu, elles sont remplacées par un rebord arrondi qui peut être de la grosseur du petit doigt, alors que, normalement, le corps du maxillaire inférieur mesure deux travers de doigt.

Elimination de séquestre.

Au lieu d'être lente et progressive, cette résorption peut se caractériser par une nécrose du maxillaire et l'élimination de séquestres.

Les séquestres sont éliminés quelques jours après la chute des dents, huit jours, un mois, plusieurs mois, quelquefois, le séquestre et les dents sont éliminés en même temps (obs. de Devé).

Cette élimination peut se faire d'une façon aseptique, souvent aussi il y a une infection préalable : abcès.

Ulcérations et fistules.

C'est une étape transitoire de l'affection, elle n'existe qu'au maxillaire supérieur. Ces ulcérations siègent sur le bord alvéolaire, elles sont allongées dans le sens antéro-postérieur, les bords sont nets, le fond est le plus souvent fongueux, bourgeonnant ; le stylet tombe sur un os dénudé, poreux. L'ulcération est indolente, le malade ne perçoit à ce niveau ni la piquûre, ni la sensation de chaud ou de froid.

Perforations.

C'est le terme ultime de l'affection. La perforation siège au niveau du rebord alvéolaire disparu, le plus souvent en un point bien déterminé qui correspond au sommet du sinus maxillaire, endroit où le maxillaire

offre le moins d'épaisseur. Si la perforation siège au niveau du massif incisif (cas de Chompret), la perforation fait communiquer directement la bouche et la cavité nasale.

Cette perforation est limitée latéralement par la joue en dehors ; en dedans elle empiète un peu sur la voûte palatine, en arrière elle peut s'étendre jusqu'aux apophyses ptérygoïdes.

De forme variable, le plus souvent ovalaire allongée dans le sens antéro-postérieur, quelquefois de forme plus ou moins arrondie ; la muqueuse à ce niveau présente un aspect différent suivant l'état de propreté de la bouche du malade : muqueuse blanche nacrée, ou muqueuse irritée, rouge et exulcérée.

Les dimensions en sont très variables, depuis le mince pertuis jusqu'aux pertes de substance permettant l'introduction du médius.

Le plus souvent la perforation est unique, simple ; dans la perforation double, la perforation la plus ancienne est plus grande, séparée de la plus récente par un pont osseux. On peut observer deux perforations séparées par la voûte du palais ; ou bien d'un côté une perforation et de l'autre une fistule.

Troubles de la sensibilité.

Ces troubles ne sont pas constants. Ils peuvent être subjectifs : sensations douloureuses précédant la chute des dents, sensation d'agacement, d'écartement des dents, névralgie faciale.

Les troubles de la sensibilité objective consistent en : anesthésie tactile et douloureuse qui existe dans tous les cas, elle est variable en intensité et en étendue, existant au niveau des perforations, sur la muqueuse buccale, sur la langue, sur la peau de la joue et de la face.

L'anesthésie sensorielle est rare : le malade perd alors la sensation du goût, il n'éprouve aucune différence en avalant du sucre ou de la quinine.

Ces troubles de la sensibilité sont intéressants en ce qu'ils dénotent une altération du trijumeau.

Troubles fonctionnels.

Ce sont les troubles que l'on observe dans toute perforation de la voûte : voix nasonnée, difficulté de l'articulation, difficulté de la mastication, les liquides refluent par le nez, les solides s'accumulent dans la cavité sinusienne.

ÉTIOLOGIE

Les premiers auteurs (Labbé, Dolbeau), qui décrivent le mal perforant buccal étudièrent seulement la lésion sans s'occuper de la maladie qui pouvait la produire.

Puis Duplay écrit dans son *Traité de Pathologie externe* : « Rien n'autorise à la considérer comme ayant un processus analogue à celui qui anime la résorption des alvéoles dans l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire chronique. L'hypothèse d'une dystrophie d'origine nerveuse ne repose sur rien de sérieux ; peut-être faudrait-il la considérer comme le résultat de la carie sèche, assez fréquente, comme on sait, dans les os du crâne et de la face chez les individus syphilitiques. »

Ainsi ce serait une manifestation de la syphilis ; or l'on connaît bien maintenant les lésions proprement dites de la syphilis dans la bouche : les perforations syphilitiques siègent au niveau de l'apophyse palatine du maxillaire et non au niveau du rebord alvéolaire ; le traitement spécifique guérit, ou du moins arrête l'évolution des perforations syphilitiques ; il n'a aucune influence sur les lésions qui nous occupent.

Manoha, se basant sur les observations de Vallin, Demange, dont les malades présentent des symptômes de tabes et sur celles de Labbé, Dolbeau, moins nettes, mais présentant encore des signes suffisants, émet l'hypothèse de l'origine tabétique du mal perforant buccal.

L'autopsie des malades de Demange montre une sclérose particulière des cordons de la moelle, mais non la sclérose des cordons de Goll et de Burdach, elle montre bien l'atrophie avec névrite du trijumeau, ainsi que des lésions du ganglion de Gasser.

En 1893 et 1894, Fournier présente à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie deux malades, porteurs de maux perforants buccaux, chez lesquels le tabes ne pouvait être mis en doute : « Nul doute, dit-il, que la chute des dents dans le tabes ne constitue un trouble trophique complètement assimilable au mal perforant plantaire ou à la chute des ongles. »

Les observations publiées depuis démontrent indubitablement l'origine tabétique de la lésion; nous allons étudier les symptômes sur lesquels se base cette affirmation et nous rechercherons aussi à quelle période de la maladie survient le mal perforant buccal, nous verrons aussi s'il ne peut pas apparaître dans une maladie très voisine : la paralysie générale.

Chez les malades ne présentant que de l'atrophie des maxillaires sans perforation, on constate dans la moitié des cas environ l'incoordination motrice plus ou moins marquée.

Chez les malades présentant une perforation palatine, l'ataxie ne survient, dans un quart des cas

environ, qu'après la constitution du mal perforant, dans les autres cas on ne note pas d'ataxie, c'est donc avec raison que l'on a pu ranger le mal perforant buccal parmi les signes de la période préataxique. Il peut constituer presque le seul signe de tabes (observation de Gaucher et Touchard, 1905).

Les douleurs fulgurantes dans les membres, les douleurs constrictives en ceinture sont très fréquentes, la grande majorité des cas; les anesthésies, au niveau de la perforation, sur la muqueuse buccale, sont la règle générale, elles se prolongent plus ou moins sur la joue, la face, le menton; les anesthésies disséminées en placards sont plus rarement observées.

Les troubles vésicaux se trouvent signalés dans la moitié des observations : ils consistent en incontinence d'urine, tantôt seulement nocturne et passagère, tantôt continue et persistante; souvent aussi la miction est difficile, lente.

Les crises gastriques qui appartiennent à la période préataxique du tabes sont ici très fréquemment notées, dans près de la moitié des cas, ce qui constitue une proportion beaucoup plus élevée que dans les autres formes du tabes; elles consistent en crises douloureuses avec vomissements, durant plusieurs heures, plusieurs jours.

On note beaucoup plus rarement des crises intestinales avec diarrhée, des crises rectales avec ténésme.

On note deux fois des crises laryngées avec chatouillement dans la gorge et accès de dyspnée.

Les troubles de la vision accompagnent très souvent le mal perforant buccal, malheureusement ces signes

souvent très précoces du tabes n'ont pas été notés par tous les observateurs.

On remarque dans un tiers des cas l'atrophie du nerf optique avec affaiblissement progressif de la vision aboutissant dans nombre de cas à l'amaurose ; ordinairement les deux yeux ne sont pas atteints au même degré.

Les troubles de la pupille consistent : en inégalité, le signe d'Argyll-Robertson est souvent observé, on a noté aussi du myosis. Les troubles de la musculature de l'œil consistent en ptosis, strabisme, quelquefois larmoiement et hypotonie du globe oculaire.

Les sensations gustatives sont quelquefois abolies ou perversies.

Les arthropathies ne sont pas rares : arthropathie de la hanche (Morel et Rispal), arthropathie de l'auriculaire (Chompret). On note des fractures spontanées (fracture du col du fémur droit, Demange).

Les maux perforants plantaires accompagnent souvent la lésion buccale (Wickham, Gaucher, Chalier).

Les troubles intellectuels consistent en changement du caractère et de l'humeur, le malade devient soit irritable, énervé, soit, au contraire, apathique et indifférent. On trouve ces troubles dans presque la moitié des cas ; quoique connus dans le tabes, ils sont relativement très rares. Ils présentent donc, dans la maladie qui nous occupe, une fréquence anormale.

Dans d'autres cas, on observe des troubles plus accentués ; torpeur intellectuelle, lenteur et paresse de la compréhension, embarras de la parole, affaiblissement de la mémoire, délire hypochondriaque avec

idée de percussion ; ces troubles, constatés en l'absence des troubles de l'incoordination et de l'ataxie, ont fait classer les malades comme paralytiques généraux (Marandon de Montyel, Pierre Marie), peut-être même certains malades de la première catégorie, chez qui les troubles d'ataxie n'existent pas, ont évolué vers la paralysie générale plutôt que vers le tabes.

Rien d'étonnant à ce que nous trouvions ici la paralysie générale ; on connaît l'étroite analogie des deux maladies se développant sur le même terrain : la syphilis. (Cas de Leroy, le mari est tabétique, la femme paralytique générale) ; de nombreux symptômes sont communs ; troubles oculaires, douleurs, troubles trophiques ; l'association du tabes et de la paralysie générale, surtout d'un tabes fruste, n'est pas excessivement rare (Hoffman et Türck, Baillarger, Westphal).

Certains auteurs même (Raymond) considèrent le tabes et la paralysie générale comme une seule et même maladie, n'ayant un aspect clinique différent que dans les cas extrêmes ; pour le tabes : troubles moteurs surtout ; pour la paralysie générale : troubles intellectuels.

La chute des dents s'observe dans la paralysie générale, mais la résorption alvéolaire et la perforation, qui constituent les symptômes propres du mal perforant buccal, sont encore une rareté.

De même dans d'autres maladies qui produisent des troubles trophiques, comme la syringomyélie, le diabète, on observe bien la chute fréquente des dents, mais pas de perforation.

Le mal perforant buccal est donc, dans la majorité des cas, une manifestation du tabes, ce qui explique son maximum de fréquence vers l'âge moyen de la vie : vers quarante ans.

Baudet pouvait écrire, en 1898 : « Le mal perforant buccal ne se rencontre que chez les hommes. » Les observations postérieures ont contredit cette proposition (cas de Rodier et Capdepon, Gaucher, Henry) ; le tabes étant beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme, il n'y a rien d'étonnant à trouver le mal perforant plus fréquent chez lui que chez la femme.

Chez la femme, le mal perforant atteint rarement le stade ultime de perforation, l'ancre d'Highmore étant moins prononcé en bas et en dehors chez la femme que chez l'homme.

AUTEURS	SEXE	AGE	TROUBLES DE LA VISION	TROUBLES TROPHIQUES	TROUBLES SENSITIFS
LABBÉ 1868	H.	42	Ptosis. Diplopie.	... ..	Douleurs fulgurantes Muqueuse buccale in sensible.
DOLBEAU 1869	H.	50	Kérato-conjonctiivite et ulcération cornée à gauche.	... ..	... ..
DUBREUIL 1885	H.	35	... ..	... ..	Douleurs membres in férieurs.
HUDELO 1893	H.	46	Affaiblissement de la vue. S. d'Argyll.	... ..	Douleurs fulgurantes. Douleurs en ceinture. Anesthésie en placards
WICKHAM 1894	H.	..	... ..	Maux perforants plantaires.	Douleurs fulgurantes.
LETULLE 1894	H.	51	S. d'Argyll.	... ..	Analgésie et anesthé sie membres inférieurs Anesthésie muqueuse buccale.
DU CASTEL 1895	H.	35	Pupille paresseuse.	... ..	Douleurs fulgurante membres supérieurs e inférieurs.
MOHEL et RISPAL 1897	H.	35	Diplopie. Atrophie pa pille droite. S. d'Argyll à gauche.	Arthropathie de la jambe droite.	Plaques d'anesthési au membre inférieur.
BAUDET 1890-1898	H.	52	... ..	Arthrite hanche droite.	Anesthésiefesse droite Anesthésie muqueuse buccale.
BAUDET 1894-1898	H.	40	Diplopie passagère. Ptosis réflexes lumineux paresseux.	... ..	Douleurs des membre inférieurs et supérieurs constrictives. Hypoes thésie buccale.
MIGNON 1898	H.	55	... ..	... ..	... ..
CAPDEPONT et RODIER 1903	H.	48	Névrite optique dou ble. Atrophie papille. S. d'Argyll.	... ..	Abolition réflexe pha ryngien. Anesthésie mu queuse buccale.
CAPDEPONT et RODIER 1903	F.	44	Abolition des réflexes pupillaires. Lumière et accommodation.	Arthropathies auri culaire gauche.	Douleurs fulgurantes Douleurs en ceintures.

ANT BUCCAL

ROUBLES VISCÉRAUX	TRoubles MOTEURS ET SYMPTOMES TABES	TRoubles INTELLECTUELS	DIAGNOSTIC
... ..	Démarche vascillante.	... ..	Tabes
... ..			—
... ..			—
Incontinence d'urine. passagère.	Incertitude de la mar- che.	Intelligence obtuse.	—
Incontinence d'urine.	Abolition réflexe rotu- lien.	Parole lente. Compré- hension difficile.	—
Pas de crise viscérale.	Réflexes abolis. S. de Romberg.	Intelligence omnibu- lée.	—
Crises gastriques. In- continence d'urine.	... ..	... ..	—
Crises gastriques et in- continence d'urine.	Incoordination motrice marquée.	... ..	—
... ..			—
Difficulté et lenteur : miction.	... ..	Migraines violentes.	—
... ..			—
Crise de diarrhée.	Réflexes rotuliens abo- lis.	Colères subites. Emo- tivité exagérée.	—
Crise gastrique. Incon- tinence d'urine.	... ..	... ..	—

AUTEURS	SEXE	AGE	TROUBLES DE LA VISION	TROUBLES TROPHIQUES	TROUBLES SENSITIFS
CHOMPRET 1903	H.	47	Ptosis. Paralyse O.G. Larmoiement. S. d'Argyll. Inégalité pupillaire.	... ..	Douleurs fulgurantes Douleurs en ceinture.
BLATTER	H.	45	S. d'Argyll.	... ..	... ..
NEWMARK 1895	H.	43	S d'Argyll.	... ..	Douleurs fulgurantes
RODIER et CAPDEPONT 1905	H. F.	46	Atrophie papille.	... ..	Douleurs fulgurantes
CHOMPRET 1905	H	55	S. d'Argyll. Inégalité pupille.	... ..	... ..
GRENIER DE CARDENAL 1905	H.	33	Atrophie papille gau- che. Inégalité pupillaire. S. d'Argyll.	... ..	Pas de douleurs.
GAUCHER et TOUCHARD 1905	..	..	S. d'Argyll. Ptosis. Strabisme.	... ..	Douleurs fulgurantes. Bandes d'anesthésie. Tho- rax et dos.
MARANDON DE MONTYEL 1905	H.	36	Inégalité pupillaire.	Aucun trouble tro- phique.	Analgésie joue gauche
DEVÉ 1905	H.	35	Inégalité pupillaire. S. d'Argyll.	Hypotonie coxo- fémorale.	Douleurs fulgurantes Placards hypoesthési- ques.
DAULOS et BLANC 1908	H.	41	Inégalité pupillaire. Ptosis, pupilles ne réa- gissant ni à la lumière ni à l'accommodation.	... ..	Douleurs fulgurantes Sensibilité abolie : mu- queuse buccale,
DAULOS et LEVY-FRANCKEL	H.	48	Inégalité pupillaire. S. d'Argyll.	... ..	Pas de troubles.
GAUCHER et BORY 1907	H.	60	... ..	... ..	Douleurs fulgurantes Anesthésie complète de la bouche.
BALZER, BELLOIR TARNEAU 1913	H.	50	Diplopie. Paralyse oculo-motrice œil gau- che. Inégalité pupillaire. S. d'Argyll.	... ..	/ ... ..
SOUQUES et LEGRAIN	H.	34	Ptosis léger à gauche. Myosis. Argyll.	... ..	Douleurs lancinantes Sensibilité profonde alté- rée. Anesthésie, terri- toire du trijumeau.

ROUBLES VISCÉRAUX	TROUBLES MOTEURS ET SYMPTOMES TABES	TROUBLES INTELLECTUELS	DIAGNOSTIC
Crises gastriques. In- continence d'urine.	Romberg. Westphal, Ataxie.	Accès de colère. Ca- ractère sombre.	Tabes
...	...	...	—
Rétention passagère urine.	Ataxie manifeste. Rom- berg.	...	—
Difficulté miction.	Légère incoordination des membres inférieurs.	...	—
...	...	...	—
...	Réflexe rotulien faible. Réflexe achilléen aboli. Pas d'incoordination. Pas de Romberg.	Intelligence diminuée. Rêves.	—
...	Peu d'incoordination. Réflexes rotuliens abolis,	...	—
...	...	Embarras de la parole. Délire hypocondriaque, persécuté.	Paralysie générale.
Crises gastriques in- testinales, vésicales.	Incoordination. Rom- berg. Westphal.	...	Tabes.
...	Réflexes abolis.	...	—
...	Réflexe rotulien aboli à gauche. Pas d'ataxie, pas de Romberg.	...	—
...	Signes de tabes.	...	—
Crises gastriques	Pas d'incoordination, pas de Westphal, pas de Romberg.	...	...
...	Ataxie. S. de Romberg. Abolition réflexe rotu- lien, achilléen, radiaux. Difficulté de la marche.	...	...

CHUTE SPONTANÉE DES DENTS, RÉSORPTION

AUTEURS	SEXE	AGE	TROUBLES DE LA VISION	TROUBLES TROPHIQUES	TROUBLES SENSITIFS
VALLIN 1879	H.	45	Diplopie, atrophie des papilles.	Atrophie des muscles moitié gauche de la face.	Douleurs fulgurantes
VALLIN 1879	H.	52	... ..	... ..	Douleurs fulgurantes membres inférieurs, douleurs constrictives du tronc.
DEMANGE 1882	H.	53	Diminution vue gauche. Inégalité pupillaire. Strabisme interne à gauche.	... ..	Douleurs fulgurantes membres infér. Anesthésie membres inférieurs. Douleurs en ceinture. Sensibilité faciale abolie.
DEMANGE 1882	H.	64	... ..	Mal perforant pied droit. Fracture col fémur droit.	Douleurs lancinantes membres supérieurs et inférieurs. Hypoesthésie générale.
RASIN	F.	..	... ..	... ..	Douleurs fulgurantes et lancinantes. Douleurs en ceinture.
KALISCHER 1895	H.	42	Diplopie. Affaiblissement acuité visuelle. S. d'Argyll.	... ..	Analésie du maxillaire inférieur.
WEISSBERG 1896	H.	52	Acuité visuelle diminuée à droite. Atrophie des deux papilles.	Zona.	Douleurs fulgurantes membres infér. Douleurs en ceinture.
LAFONTAINE	H.	60	Diminution acuité visuelle. Atrophie papilles	... ..	Douleurs fulgurantes.
PITRES	H.	55	Pupilles insensibles à la lumière et à l'accommodation.	... ..	... ..
PITRES	F.	42	Pupilles insensibles à la lumière et à l'accommodation.	... ..	Douleurs fulgurantes cuisses, côtés de la poitrine, ventre. Anesthésie : thorax, seins.
PITRES	H.	49	Ptosis gauche. Paralyse droite interne. Pupilles insensibles à la lumière et à l'accommodation.	... ..	Douleurs fulgurantes membres inférieurs. Douleurs en ceinture. Anesthésie membres inférieurs.
GUILLAIN 1901	H.	63	Diplopie légère. S. d'Argyll.	... ..	Douleurs fulgurantes en ceinture.

40N ALVÉOLAIRE SANS PERFORATION

TROUBLES VISCÉRAUX	TROUBLES MOTEURS ET SYMPTOMES TABES	TROUBLES INTELLECTUELS	DIAGNOSTIC
... ..	Ataxie.	... ..	Tabes.
... ..	Ataxie, exige le repos au lit.	... ..	—
Crises gastriques. Cri- ses laryngées.	Troubles de la marche. Ataxie membres infé- rieurs.	... ..	—
Incontinence d'urine passagère.	Incertitude de la mar- che.	... ..	—
Crises gastriques. In- continence d'urine.	Marche impossible.	... ..	—
Douleurs vésicales. Cri- ses laryngées.	Ataxie peu marquée.	... ..	—
Incontinence d'urine. Crises gastriques.	Ataxie marquée. Ré- flexes patellaires abolis.	Délire quelquefois la nuit.	—
Incontinence d'urine. Constipation.	... ..	... ..	—
Gastralgies. Faiblesse des érections.	Ataxie. Parésie mem- bre inférieur droit.	... ..	—
Constipation opiniâtre.	... ..	... ..	—
Crises gastriques.	Ataxie très légère.	... ..	—
Incontinence d'urine.	Ataxie légère.	... ..	—

AUTEURS	SEXE	AGE	TROUBLES DE LA VISION	TROUBLES TROPHIQUES	TROUBLES SENSITIFS
RISPAIL, BAUBY 1902	H.	48	... ..	Fracture de côtes. Hypertroph. osseuse des hanches. Arthro- pathie double.	Douleurs fulgurantes membres inférieurs.
HENRY	F.	45	Diminution acuité vi- suelle. Atrophie papille droite Ptosis.	... ..	Douleurs fulgurantes Retard des sensations.
HENRY	F.	48	Diminution acuité vi- suelle O. G. Strabisme O. G. Diplopie.	Maux perforants plantaires.	Douleurs fulgurantes membres inférieurs.
PACETTI 1897	H.	..	Diplopie. Diminution de la vue. Atrophie pa- pille. Ptosis gauche. Pu- pille ne réagit ni à la lumière ni à l'accommo- dation.	... ..	Hypoesthésie muqueuse buccale, nez, front, face. Douleurs fulgurantes.
GASNE 1905	F.	45	Ptosis. Ophtalmoplég. Pupille dilatée inégale. Atrophie optique.	Atrophie membres inférieurs.	Douleurs fulgurantes Retard des sensations Anesthésie voûte pala-
GAUCHER 1905	F.	48	Diplopie. Les pupilles ne réagissent ni à la lu- mière ni à l'accommoda- tion.	Maux perforants plantaires. Oxycho- gryphose.	Hyperesthésie mem- br inférieurs.
GRENIER DE CAR- DENAL 1905	F.	53	S. d'Argyll.	... ..	Douleurs en ceinture Anesthésie : épigastre.
GAUCHET et DOBROVICI 1905	F.	48	Strabisme interne Myosis. S. d'Argyll.	Maux perforants plantaires.	Douleurs fulgurantes Anesthésie muqueuse buccale.
POTEAU 1906	H.	46	... ..	... ..	... ..
CHAUVER 1908	F.	55	S. d'Argyll. Inégalité pupillaire.	Maux perforants plantaires. Déforma- tion des pieds.	Douleurs fulgurantes
RAYMOND 1909	H.	..	Diplopie. S. d'Argyll.	Déformation pied gauche.	Douleurs fulgurantes
ROUBINOWITCH et PAILLARD	H.	48	Inégalité pupillaire S. d'Argyll.	Maux perforants plantaires.	Pas d'anesthésie. Ana- esthésie testiculaire.
CHOMPET et IZARD 1913	H.	39	Inégalité pupillaire S. d'Argyll.	... ..	Aucun trouble. P. de douleurs fulgurantes

DOUBLES VISCÉRAUX	TROUBLES MOTEURS ET SYMPTOMES TABES	TROUBLES INTELLECTUELS	DIAGNOSTIC
Crises gastriques.	... ..	... ..	Tabes.
Crises gastriques. In- continence d'urine.	Ataxie membre infé- rieur et face.	... ..	—
... ..	Ataxie légère.	... ..	—
Crises laryngées.	S. de Romberg. Abo- lition des réflexes rotu- liens.	... ..	—
Crises gastriques.	Abolition des réflexes. Incoordination marquée.	... ..	—
Crises viscérales.	Réflexes abolis. Inco- ordination. S. Romberg.	... ..	—
Crises gastriques.	Pas d'incoordination S. Romberg. Réflexes abolies.	... ..	—
Crises gastriques.	Abolition des réflexes. S. Romberg.	... ..	—
... ..	Tabes confirmé.	... ..	—
Crises vésicales.	Aucun signe d'ataxie. Abolition réflexe rotu- lien.	... ..	—
... ..	Réflexes abolis. Rom- berg.	... ..	—
Crises gastriques.	Démarche incertaine Romberg. Réflexes rotu- liens abolis. Réflexes achilléens persistent.	Affaiblissement intelli- gence. Euphorie.	P. G. et Tabes.
... ..	Pas de troubles mo- teurs, pas d'incoordina- tion, réflexe rotulien aug- menté, les autres nor- maux.	Diminution de la mé- moire. Changement de caractère.	Paralysie générale.

OBSERVATION

R..., tonnelier, âgé de quarante ans, entre en mars dans le Service de laryngologie avec le diagnostic de mal perforant buccal.

Les antécédents héréditaires du malade ne nous apprirent rien de particulier.

R... ne se rappelle pas avoir jamais été souffrant, sauf ces derniers temps ; il a eu trois enfants bien portants. Cependant, à l'âge de dix-huit ans, étant à Alger, il contracta un chancre de la verge ; il n'y attacha aucune importance et ne suivit pas de traitement sérieux ; il raconte lui-même que c'était un simple bouton qui disparut après quelques injections. Il n'eut alors ni rougeur sur le corps, ni plaques muqueuses, ni céphalée, non plus que de chute de cheveux ou de symptômes quelconques d'infection.

Pendant la guerre, il fut blessé deux fois : 1° le 28 octobre 1914 étant au 3^e zouaves ; il est enterré : pas de perte de connaissance ; il n'a pas souffert de la tête ; 2° le 7 novembre 1914, un bout de bois l'a frappé sur l'extrémité inférieure de l'os nasal droit ; dès ce moment, il dit avoir très mauvaise vue, puis peu après il a de la bronchite pour laquelle il est évacué ; il ne lui manquait alors que deux dents au maxillaire supérieur gauche. En 1915, à Sathonay, il est reconnu inapte à faire campagne, puis évacué sur l'Hôpital militaire Desgenettes pour bronchite, troubles visuels et

perforation de la cloison nasale consécutive à la déflagration d'une balle explosive.

Actuellement le malade, outre son affection buccale, se plaint d'un violent point de côté à droite; il expectore d'épais crachats muco-purulents. L'auscultation fait entendre de gros râles aux sommets et surtout à gauche, la respiration ne s'entend pas à la base droite et à ce niveau la percussion donne un son mat. Le malade est très affaibli. L'examen radioscopique montre :

A gauche, obscurité totale de la moitié supérieure avec zones claires (cavernes). Partie inférieure assez claire, amplitude respiratoire assez étendue.

A droite, tout l'hémithorax est d'un gris diffus; pas de différence entre l'inspiration et l'expiration au point de vue éclairage (reste toujours sombre); on distingue le contour des côtes; sinus complètement comblé. Immobilisation du diaphragme presque complète. Amplitude nulle.

Le malade n'a jamais eu de crises viscérales (gastriques ou vésicales); il ne s'est jamais plaint de douleurs, soit dans les membres inférieurs, soit au niveau du thorax, sauf ce point de côté dont nous connaissons l'origine pleurale.

La sensibilité est normale sur tout le corps et au niveau de la face.

Les réflexes sont normaux. Pas de Westphal. Les mouvements des membres supérieurs sont réguliers; le malade ne tremble pas.

Pas de Romberg. Aucun phénomène paralytique. Le malade est très amaigri, mais ne présente aucune atrophie musculaire proprement dite, ni aucun trouble trophique.

Bonne mémoire; pas de tremblement fibrillaire de langue; légère excitation.

Examen du liquide céphalo-rachidien: liquide légèrement jaune, a donné par le repos un coagulum fibrineux net quoique léger. L'examen chimique a montré une hyperalbuminurie.

minose très marquée. L'examen cytologique a montré une hyperleucocytose très notable ; les cellules sont des lymphocytes, des cellules plus volumineuses à type de plasmazellen, des polynucléaires ; assez nombreux globules rouges.

En somme, xanthochromie, hyperalbuminose, hyperleucocytose.

L'examen de l'œil montre des pupilles régulières, égales, un peu de myosis ; réaction légèrement paresseuse à la lumière et à l'accommodation. L'examen du champ visuel montre un rétrécissement important ; aucune lésion du fond de l'œil. Les troubles visuels qu'accuse le malade sont dus à une hypermétropie que l'accommodation n'est plus capable de corriger.

Diminution de l'audition : otite sèche.

Cloison nasale presque disparue, sans rougeur, sans ulcération, presque sans croûte ; cornets disparus ou en voie d'atrophie. Odorat nul : ne sent ni l'alcool, ni les cheveux brûlés. Goût conservé.

Enfin, l'examen de la bouche nous montre : la disparition complète de toutes les dents à la mâchoire supérieure, tandis que la mâchoire inférieure a encore toutes ses dents saines. Au niveau de la première prémolaire droite supérieure, on remarque une perforation de la grosseur d'un petit pois, allongée dans le sens longitudinal, ne dépassant pas les limites du bord alvéolaire ; un stylet introduit par l'orifice pénètre facilement dans le sinus maxillaire, puis dans la fosse nasale. Le malade a perdu ses dents, il y a deux ans, sans douleur, sans gonflement ; il les arrachait avec ses doigts. Un beau jour, il constate un trou dans sa bouche en voulant souffler. Le malade a un dentier, mais il le supporte mal et se plaint de gêne de la mastication.

Le malade meurt le 12 mai.

A l'autopsie, on trouve le poumon adhérent aux plèvres des deux côtés ; à droite, la plèvre est épaissie, recouverte de fausses membranes blanchâtres ; à la coupe, nombreuses cavernes pulmonaires.

Le cœur, les reins, le foie sont normaux.

Les méninges sont saines ; la coupe du cerveau et du cervelet ne montre rien de particulier.

La partie du maxillaire voisine de la perforation est réséquée ; elle montre un tissu osseux extrêmement raréfié, très friable, extrêmement léger.

En résumé, syphilis non douteuse (antécédents, examen du liquide céphalo-rachidien) ; pas de symptômes de tabes, ni de paralysie générale. Le malade meurt de tuberculose pleuro-pulmonaire.

CONCLUSIONS

I. — Le mal perforant buccal se manifeste par la chute spontanée des dents, la résorption osseuse du maxillaire supérieur, puis par des ulcérations de la muqueuse ; la maladie peut s'arrêter là. Dans d'autres cas, surviennent des perforations alvéolaires, mais ce sont là deux stades différents et successifs de la même maladie.

II. — On le rencontre surtout dans le tabes et beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme.

III. — C'est surtout dans la période préataxique du tabes qu'il se manifeste ; il peut même constituer le seul signe révélateur de cette affection.

IV. — On le rencontre aussi dans la paralysie générale, quoique plus rarement ; ce qui s'explique par l'étroite parenté des deux affections.

V. — Dans de nombreux cas, les malades ont été classés comme tabétiques quoique ne présentant pas

encore de phénomènes d'ataxie, mais présentant des troubles intellectuels, ces malades ont pu évoluer vers la paralysie générale.

VI. — Dans un certain nombre de cas, on ne trouve ni symptômes de tabes, ni symptômes de paralysie générale; mais on relève la syphilis dans les antécédents et le liquide céphalorachidien présente les caractères qu'il a dans la syphilis nerveuse.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

COLLET.

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 1^{er} juillet 1919.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

E. DEPÉRET

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOZAN, *les Lésions trophiques consécutives aux maladies du système nerveux* (thèse d'agrégation, Paris 1880).
- BALZER, BELLOIR et TARNEAUD, *Société française de Dermatologie*, 1913.
- BAUDET, le Mal perforant buccal (*Archives générales de Médecine*, 1895).
- *Du mal perforant buccal* (thèse de Paris, 1898).
- BÉAL, *Contribution à l'étude du mal perforant buccal* (thèse de Paris, 1912).
- BEYNE, *Contribution à l'étude des troubles trophiques qui suivent la résection du sympathique cervical* (thèse de Lyon, décembre 1902).
- BLATTER et H.-Ch. FOURNIER, Un cas de mal perforant buccal (*l'Odontologie*, 28 février 1905, p. 125).
- BONNIEUX, *De la chute des ongles, de la chute des dents et des douleurs névralgiques dans l'ataxie locomotrice et le diabète* (thèse de Paris, 1882-1883).
- BRINDEL, Mal perforant buccal d'origine tabétique Résorption partielle des deux maxillaires supérieurs. Gomme abcédée de la cloison des fosses nasales (Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, 12 mars 1909) (*in Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 4 juillet 1909, n° 27, p. 319).
- CARRIÈRE, *Ce qu'il faut entendre par résorption progressive des arcades dentaires et de la voûte du palais* (thèse de Paris, 1892).
- CHALIER, Forme trophique du tabes; résorption du maxillaire supérieur (*Lyon médical*, 1908, p. 1154).

- CHOMPRET, Mal perforant buccal ou nécroses multiples du maxillaire chez un tabétique (*Archives de Médecine*, 1903, p. 3009).
- CHOMPRET et IZARD, Mal perforant buccal (*Bulletin de la Société française de Dermatologie*, mars 1913, p. 160).
- CHOMPRET, IZARD et LECLERC, Mal perforant buccal et paralysie générale (*Revue de Stomatologie*, août et septembre 1913; *Revue neurologique*, 1914, p. 650).
- COLOLIU, Troubles trophiques de la paralysie générale (*Archives de Neurologie*, janvier et mars 1908).
- DANLOS et LÉVY-FRANKEL, Mal perforant buccal de nature tabétique (*Société médicale des Hôpitaux*, 4 juin 1908).
- Mal perforant buccal de nature tabétique et syphilis en activité trente ans après le chancre (*Société médicale des Hôpitaux*, 29 mai 1908, p. 963).
- DANLOS et BLANC, Mal perforant du maxillaire supérieur et maux perforants plantaires chez un tabétique (*Société médicale des Hôpitaux*, 16 janvier 1908).
- DEMANGE, *Journal des Sciences médicales*, 1882.
- DOLBEAU, Affection singulière du maxillaire supérieur caractérisée surtout par la disparition du bord alvéolaire (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, t. X).
- DUBREUIL, Atrophie des maxillaires supérieurs (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*, 18 juillet 1885).
- DU CASTEL, Nécrose du maxillaire à la période préataxique du tabès (*Revue de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai 1895).
- FOURNIER, *Période préataxique du tabes, chute des dents*, Paris, 1885.
- FOURNIER (Paul-Emile), *les Arthropathies alvéolo-dentaires au cours de l'ataxie locomotrice* (thèse de Lyon, décembre 1898).
- GALIPPE, Note sur le mal perforant buccal (*Journal des Connaissances médicales*, 1894; *Revue de stomatologie*, 1903, p. 467).
- GAUCHER et BORY, Mal perforant buccal chez un tabétique, ozène consécutif (*Société de Dermatologie*, 7 décembre 1907).
- GAUCHER et DOBROVICI, Mal perforant buccal et maux perforants

- plantaires tabétiques (*Gazette des Hôpitaux*, 14 septembre 1905).
- GAUCHER et TOUCHARD, Tabes avec mal perforant et résorption osseuse du maxillaire supérieur (*Société de Dermatologie*, mars 1905).
- GOURE, Mal perforant du maxillaire supérieur chez un tabétique. Mal perforant plantaire (*Revue de Dermatologie*, mars 1903, p. 125).
- GOWERS, Cas de mal perforant buccal (*Manuel of diseases of the nervous system*, 2th american édition, t. LII).
- GUÉRARD, Contribution à l'étude des altérations dentaires dans la paralysie générale (thèse de Bordeaux, 1903-1904).
- GUILLAIN, Tabes avec atrophie du maxillaire supérieur (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 17 mai 1901).
- GRENIER DE CARDENAL, Chute spontanée des dents et nécroses des maxillaires chez les tabétiques (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1907, nos 26 et 27).
- HENRY (R.), Etude sur le mal perforant tabétique (thèse de Paris, juillet 1905).
- HERISSEY, Etude clinique sur les troubles trophiques dans la paralysie générale (thèse de Paris, 1903).
- HUDELÔ, Ulcère de la bouche d'origine tabétique. Mal perforant buccal (*Annales de Dermatologie*, 1893).
- IZARD, Mal perforant buccal, chez un tabétique, à forme résorbante. Formes cliniques et traitement du mal perforant (*Revue de Stomatologie*, décembre 1911, p. 567).
- JOSIPORVITZ, Ueber das Ausfallen der Zahne bei Tabes dorsalis (*Odont. Bl. Berlin*, 1901, s. 374-376).
- KLIPPEL, *Archives de Neurologie*, 1897.
- LABBÉ, Affection singulière des arcades alvéolo-dentaires (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1866, t. IX).
- LA FONTAINE, De la chute spontanée des dents dans le tabes (thèse de Bordeaux, 1894-1895).
- LANNELONGUE, *Société anatomique et physiologique de Bordeaux*, 1890.
- LÈREBOULLET, *Gazette des Hôpitaux*, 1879.
- *Gazette de Médecine*, Montpellier, 1885.
- LERMOYER, *Société médicale des Hôpitaux*, 1898, 26 juillet, p. 557.
- LETULLE, *Presse médicale*, 2 avril 1894.

LHOSTE, thèse de 1883.

MARANDON DE MONTYEL, *Revue de Médecine*, 1904, p. 515.

MANOHA, thèse de Montpellier, 1885.

MARIE (Auguste), Mal perforant buccal et paralysie générale.
Tabes (*Société clinique de Médecine mentale*, 20 juillet 1908).

— Double mal perforant buccal chez un paralytique général
(*Revue de Stomatologie*, août 1909; *Revue de Neurologie*, 1910, II, p. 95).

MARIE et PICKEWICZ, Mal perforant buccal chez un paralytique général (*Société de Dermatologie*, 7 décembre 1905).

Troubles trophiques bucco-dentaires (*Revue de Stomatologie*, février 1912; p. 64; *Revue neurologique*, 1912, t. II, p. 570).

MARIE (Pierre), Maux perforants buccaux chez deux tabétiques porteurs de dentiers (*Société de Neurologie de Paris*, 11 mai 1905).

MARINESCO, *Presse médicale*, 28 janvier 1911.

MIGNON, Mal perforant buccal (*Bulletin de la Société anatomique*, 1896, fasc. 9, p. 508).

NORMANN et RENARD, *Société médicale de Saint-Etienne*, 1910; *Revue neurologique*, 1911, p. 455.

PACETTI, Autopsie d'un tabétique ayant présenté la chute des dents (*Congrès de Rome*, 29 mars 1894, volume IV, Torino, 1895, p. 121).

PIERRET, *les Symptômes céphaliques du tabes* (thèse de Paris, 1876).

POTEAU, Nécrose étendue du maxillaire inférieur d'origine tabétique (*Odontologie*, mai 1906).

RISPAIL et BAUBY, Tabes trophique (*Toulouse médical*, 15 mars et 1^{er} avril 1902).

ROBIN (Pierre), Odonptose tabétique ou chute des dents consécutive à l'arthropathie alvéolo-dentaire compliquée d'infection dans le tabes (*Revue de Stomatologie*, janvier 1904, p. 21).

RODIER et CAPDEPONT, Sur un cas de mal perforant buccal (*Revue de Stomatologie*, mai 1903, p. 232).

— Mal buccal chez une femme ataxique (*Revue de Stomatologie*, décembre 1903, p. 566).

SANTI, *Contribution à l'étude de la chute spontanée des dents et du mal perforant buccal dans le tabes* (thèse de Toulouse, 1896-1897).

SOUQUES et LEGRAIN, Maux perforants buccaux et atrophie du maxillaire supérieur d'origine tabétique (*Société de Neurologie* du 6 mars 1913; *Revue neurologique*; 1913, p. 419).

VALLIN, Des altérations trophiques des mâchoires dans l'ataxie locomotrice (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1875).

WICKHAM, Ulcérations buccales tabétiques (*Annales de Dermatologie*, janvier 1894).

WISBERG, *Troubles trophiques dans le tabes. Mal perforant buccal* (thèse de Genève, 1898).

ZANDY, Mal perforant buccal (*Gazette hebdomadaire de Médecine*, 1908, p. 1204; thèse de Bonn, 1896).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Historique	9
Symptomatologie	13
Etiologie	19
Observation	34
Conclusions	39
Bibliographie	41

